

筋萎縮性側索硬化症による意思疎通困難な患者の看護を考える

6階西病棟

○岡本須美子・井上 綾・前山 恵子
石邑 道枝・石本美佐子

I はじめに

筋萎縮性側索硬化症（以下ALSと略す）は、原因・治療法不明の進行性の難病で、知覚・感覚・知能を侵されることはない。突然の発病で患者が背負う肉体的障害や、精神的苦悩・不安は、はかりしれない。看護にあたって看護婦には、一般的な知識・技術の外により一層、理学療法・社会学・心理学などの知識をもった看護が要求される。

今回私達は、ALSによる構音障害により意思疎通困難な患者の看護を経験した。患者は嚥下障害もあり特に食事介助が問題となった。この問題に対する看護を再考し、若干の考察を加えたので報告する。

II 患者紹介

患者：44歳・男性

病名：ALS

職業：無職（36歳迄運転手）

家族構成：母親・弟（未婚）の3人暮らし。妻とは8年前に離婚。父親は56歳でALSにて死亡。

性格：短期、頑固

ALS：資料1参照

入院期間：H4年3月30日～4月21日

入院迄の経過：H3年5月頃より、上肢に脱力感あり。近医数ヶ所受診するが原因不明。

9月当科にてALSと診断され、外来通院中であった。H4年3月30日早朝、呼吸苦出現、救急車にて来院し、外来受診後、即日入院。

入院中の経過：T・R・H療法を15日間行い、症状軽快、4月20日某病院転院。

Ⅲ 看護計画

資料2, 3参照

Ⅳ 看護の実施と評価

第1段階：3月30日～4月6日

入院時より、上肢の運動障害のため、日常生活全般にわたり介助を要した。特に食事介助については、細かい援助方法があり、母親と本人より介助手順を聴取し、食事介助マニュアルを作成した（資料4参照）。そして資料2の計画に沿って援助した。

はじめ私達は、患者が食事時に発する言葉がわからず、「どれ?」「これ?」等という言葉をおぼえず発してしまった。また、むせこんでいる時に「大丈夫?」と聞いてしまった。それに対して患者は、怒りの態度を表した。食事介助に約1時間かかることから、他の患者に呼ばれ中座することもあった。その後介助に行くと、無然とした表情をして、看護婦を足で蹴った。患者の言葉がなかなか理解できないときには、「頭悪いネ」「バカ」等の罵声をあびせかけてきた。そのため、スタッフ内に不満がはじめ、しだいに患者を避けるようになった。

第2段階：4月7日～退院迄

そこで私達は、カンファレンス等で、自分たちの援助方法を再考し、細かく援助内容を再確認し、資料3で示した追加プランを立案して看護を実施した。そして〈患者を受容する態度で望む〉という方針を立て、以下の5項目をスタッフに徹底させ、看護を実施した。

1. 食事介助時に注文する患者の要望を全面的に受入れ、患者の望む食事タイムをつくる。
2. 患者に対して、慈愛の心で接する。
3. 不都合な事があっても患者に対立した言葉、態度をとらない。
4. 食事時間以外でも、患者には笑顔で接し、優しい態度をとり、患者に不安を与えないようにし、信頼関係をつくる。
5. 特に患者との関係のよいスタッフには、橋渡しの存在になってもらう。

その結果、患者の表情がやわらかくなり、時には自ら会話を求めてくるようになった。援助後は「ありがとう」という言葉がよくきかれだし、用事もないのにナースステーションのまわりをうろろしたりするようになった。食事中に会話をしても時には怒らないこともあり、足で踏んだり、蹴ったりすることも減ってきた。転院の話が出た際も患者は嫌がり、当院での入院継続を望むようになった。

V 結果及び考察

“食べること”は、生命維持に必要な栄養を得ることと同時に、楽しみ、好みなどの情緒的なものを満足させ、一緒に食事をすることで人間関係を交流させるという目的がある。つまり生命維持と精神的安寧である。

経口摂取困難な人が毎日3回、口からの食事にこだわりつづけるのは、生きていたいという生への希求と同時に、人間である喜びを追求し、人間の本能的、普遍的な要求があるのではないだろうか。

今回の症例は、四肢の運動障害により、自力での経口食事摂取不可能、さらに嚥下障害、舌萎縮などの球麻痺があり、食物摂取困難もみられた。このような状態でもこの患者は、経口食事摂取に対する意欲が高かった。それは、①口から食べることができる自分を誇示したかったこと、そしてそれは、自分の疾病の進行を否定する意味でもある。②自分が生きている楽しみ、喜びのひとつである。③介助する人と人間的交流をもつ。などの理由が考えられる。

患者はまた、構音障害により発語困難があったため、言葉は不明瞭で全身の力を使って投げつけるように発したため、受け取る側は、怒られているように感じるが多かった。入院時の申し送りで伝えられてはいたが、最初は何をしても私達のすることに対して不満があり怒ってばかりいる、というふうな受け止めてしまった。そしてスタッフそれぞれが、怒り・おびえ・とまどい・冷静・あきらめ・受容などさまざまな反応をした。そして患者への援助の際、無意識のうちに患者に対する態度として表れてしまい、患者もまたその態度から自らの態度を硬化するという悪循環になっていった。これは、非言語的コミュニケーションによる患者への脅威と孤独感の増強へとつながったと思われる。

この時の患者の状況を私達は以下のように分析した。

1. (症状の進行が早く)だんだん自分の体が自分の思うように動かなくなっていく、という強い脅威・恐れ
2. 構音障害により自分の意志伝達が困難であり、やっと発した言葉も正しく理解してくれない。自分の気持ちを理解してくれない、という悲嘆
3. 家では母がすべてを援助してくれて、食べさせ方も熟知してくれていて、気に入ったように食べられたのに、入院したら見知らぬ不慣れな若い看護婦にすべてをまかせなければならない、という脅威と敵意。家では保っていた自己像(アイデンティティ)の喪失

4. 母にずっと付き添って欲しいのに弟のこともあるし、母の体のこともあるのでそれはできない、という孤独感
5. 動きたくても動けない、話したくても話せない。この辛さを動けて話せる看護婦にわかる訳がない、でも分かって欲しい、という怒り・孤独感・悲嘆
6. 本当は入院したくなかったのに入院しなければならなくなった。なぜ自分だけがこんな目にあうのだろうか、という怒りと不当感

などである。

これをFinkの危機モデルに照らしあわせると、入院時の衝撃の段階を経て、防御退行の段階となり、承認へと進みつつあったが、援助行為の不適切も加わり、第2段階に戻ったりしていたと思われる。そこで私達は、再度のカンファレンス等で、看護を再考し、第2段階の看護で示したように受容の態度で望むことを決めた。患者をそのまま受容することである。これは感情も含んで患者を支持し、心理的な安全を保証するためである。そして、さらに患者に関心を示していることを、強くアピールした。これらのことにより患者は自らが看護婦に受け入れられていると感じ、孤独感が緩和され、自分の存在を確認することができた。さらには、精神の安定をもたらし、第3、そして、第4の適応の段階へと進みつつあったのではないだろうか。出来事を知覚し、社会的支持を得られたからである。それは、患者の“もっとこの病院にいたい。他の病院へ行きたくない。”と言う言葉や、食事援助の際の態度の変化により判断される。これには、負担は大きかったと思われるが、橋渡し役になってくれた看護婦の存在もものがせない。

しかし問題も残る。怒りなどの感情に対して、初期には感情で反応してしまったりした未熟さ。すべてを許してしまい、甘え・わがままを増強させたのではないかという反省（他病院転院当日に外泊してしまったこと）である。結局、この患者はALSという自分を受容することができずに転院し、（その後の2回目の入院当日）亡くなってしまった。援助の途中で終わりを余儀なくされたことに悔いがこる。看護婦は、その場その場で患者の状況を常に冷静な目で見えて判断し、患者の危機サインに対し適切な援助を行っていかなければならない。答えのない看護の難しさ、自分達の看護の未熟さを考えさせられた症例であった。

今回は食事援助の場面を中心に取上げたが、日常生活すべての場面での援助がALSにおいては、要求される。受容的態度は基本になるが、すべての要求を受け入れることだけでは良い看護とは言えない。援助者は患者がALSを受容し、望ましい対処機制が働き、なおかつ、その人らしい生活ができるように援助するべく努力しなければならない。

VI おわりに

今回私たちは、ALSで意思疎通困難な患者の看護を経験した。この患者は嚥下困難もあったが、食事には意欲的であった。しかし私達の援助の未熟さ、意思疎通困難などから患者との信頼関係がとれにくくなり、危機的状況に直面した。看護を再考し、受容的態度で接することで、危機的状況を回避した。この経験をこれからの看護に生かしたい。

参考文献

- 1) 安芸基雄：神経疾患患者の看護，医学書院，1967
- 2) 橋本信也他：内科疾患看護マニュアル，エキスパートナース，照林社，5月号，1992
- 3) 日野原重明：末期患者のクオリティオブライフ，中央法規出版，1988
- 4) 日野原重明他：神経難病・膠原病マニュアル，ナーシングマニュアル，学習研究社，1987
- 5) 橋本信也：難病の事典，エキスパートナース，照林社，1991
- 6) 鈴木志津枝：危機的患者の心理と看護，中央法規出版，1987
- 7) Brenda Pauliue Heamel Bissel他：援助の科学と技術，医学書院，1985
- 8) Joyce Travelbee他：人間対人間の看護，医学書院，1974
- 9) Lucile Lenis：POSと看護計画，メヂカルフレンド社，1985
- 10) 室伏君志他：口から食べることの意味は何か，看護学雑誌，Vol. 45, No.4, p.386~390, 1981
- 11) 田村ヨテ他：患者のサインをどうとらえどう対応していくか，看護学雑誌，Vol.49 No. 11, p.1227~1231, 1985

【資料1】

患者のADL

1. 仰臥位から側臥位をとるための介助要
2. 仰臥位から坐位をとるための介助要
3. 坐位から立位は自力でできる
4. 1回立位になったら自力歩行はできる
5. 坐位を保つことはできるが背もたれが必要
6. ベッドに上がるための介助と横になる介助が必要
7. 排泄・洗面・食事は全面介助が必要
8. 排便得る為には浣腸が必要
9. 握力 = 0
10. 発語はできるが不明瞭でききとりにくい
11. 文字板を足で指して意志を伝えることができる
12. 右上肢の拳上は70°～80°位は可能であるが、左上肢はできない
13. ナースコールは手で押せない為、ベッド柵の足元に固定しておき足で押してコールする
14. 手指を動かすことはできるが、スプーン・箸はもてない

【資料2】

第1段階（入院から患者が危機的状況に陥るまで）の看護計画

問題点：構音障害によりコミュニケーションがとりにくいため本人の望む食事介助ができていない

目標：気分よく食事摂取ができる

D-P：表情

身振り・手振り・動作

患者の発する言葉

食事終了後の表情

嚥下状態・咀嚼状態・むせこみの有無・顔色

食事摂取量

食事形態・内容・嗜好

T-P：食事介助手順に沿って行う

50音表を側において、必要時患者の足元におき、意思疎通をはかる

本人の好む食事内容・形態にする

食事介助中は患者の口元に集中し、他に目をそらさない

E-P：何か要望があれば、遠慮せず何でも、いつでも看護婦に言って下さいと、本人・家族に説明する

本人の好む食べ物は、何でも、いつでも持ってきていいことを家族に説明する

【資料3】

第2段階（患者が危機的状況に陥り看護を再考してから退院まで）の看護計画：第1段階の看護計画に以下の追加プラン（T-P）を加える

1. 気に入らないことがあると足で蹴ったり踏んだりするが、その時も発語してはいけない
2. 飲ませ方は、コップの端が唇にふれるかふれないか位で、コップは傾けすぎても角度が浅くてもいけない 本人の好む角度で介助する
3. 薬は前もって水に溶かしておく 又、別の容器で水も準備しておく
4. 偏食が激しく、嫌いなものはうけつけないので無理にすすめない
5. 主食・副食の食べ方がその時々に変化することがあるが、臨機応変に対応し患者の希望に沿うよう介助する
6. お皿はお膳の上においたままにする
7. スプーンの下に手をすけて食物を口にもって行ってはいけない
8. 食事をさます時は「フーフー」してはいけない
9. 介助時、患者の目をみつめる 目をはなしてはいけない
10. 「これ」「どれ」「うん」「おいしい」「あつい」などの言葉を発することは、患者にサインや返事をうながす態度となるので、いけない
11. 援助者は途中で交代してはいけない 例え他の患者に呼ばれることや電話があっても、その場を離れてはいけない
12. 醤油をかける時は、本人が望むものに望む量までかける

【資料4】

食事介助手順

1. 沈黙で行う
2. 中断してはいけない
3. 患者は壁を背にして椅子に腰をかける
4. 介助者はベッド又は椅子に腰かける
5. エプロン(タオル)はタスキ状にかける
6. お茶は本人持ちの透明ガラスコップに約半分位お茶を入れさましておく 飲むのは最後
7. コップは口からはなさず, くっつけすぎず
8. 主食小さじ2杯, 副食1さじの順
9. 副食にはあらかじめ醤油を本人の希望量かけておき, 順序は患者の目を見ながら発語せず意向をきく

(平成5年3月6日, 高知にて開催の平成4年度看護研究学会)
(日本看護協会高知県支部)で発表